専務理事	常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	係

任意継続被保険者資格喪失申出書

①被保険者証の記号と番号	1

②被保険者の氏名	㊞	③性別	男・女	④生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
⑤被保険者の住所	（郵便番号）　　－			電話　　－　　－	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和　　年　　月　　日

⑥資格喪失の事由 ※ア、イのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。	**ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため** （１）再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 （　記号　　番号　） （２）適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名　称　（　） 所在地　（　） （３）資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日）
	イ　後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため （１）後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （　） （２）都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名　称　（　後期高齢者医療広域連合） （３）資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日）
⑦摘要欄	

※

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日

○注意事項

１．太線内を記入し、捺印をしてください。
２．交付されている全ての被保険者証を添付してください。また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
３．再就職先の被保険者証等の写しを添付してください。
４．※は記載不要です。

○留意事項

１．資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、当組合より「保険料還付請求書」をお送りいたしますので、還付請求してください。
ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、１ヶ月分の保険料が必要となりますので、保険料の還付はありません。

送付先・問合せ先　　東京貨物運送健康保険組合　資格課
〒160-0004　東京都新宿区四谷１－２３
℡０３（３３５９）８１６４

受　付　日　付　印